Zur Frage
der Gemeingefährlichkeit bei Geisteskranken.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizinischen Fakultät der Universität Rostock

vorgelegt

von

KARL EICHSTEDT

aus **Hohendorf,** Kreis Franzburg.

Rostock.

Rats- und Universitäts-Buchdruckerei von Adlers Erben, G. m. b. H.

1909.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
zu Rostock.

Referent: Geh. Med.-Rat Professor Dr. Schuchardt.

Die Gemeingefährlichkeit an sich ist zweifellos ein überaus dehnbarer Begriff; die Gemeingefährlichkeit Geisteskranker bez. gewesener Geisteskranker ist aber noch mehr willkürlicher, rein subjektiver Beurteilung überlassen. Eine ganze Reihe von Menschen aber gibt es auf anderem Gebiete, die wohl als gemeingefährlich bezeichnet werden können, an die aber kein Mensch denkt, wenn er von Gemeingefährlichkeit redet. Dies sind die Geschlechtskranken. Das Maß an Gemeingefährlichkeit dieser Menschen geht weit über die Gemeingefährlichkeit der Geisteskranken hinaus. Wenn ein Mensch mit florider Syphilis durch weiteren Geschlechtsverkehr das Virus verbreitet und bei den Infizierten und deren Nachkommen sogar die furchtbaren Folgen auftreten, so denkt kein Mensch an Gemeingefährlichkeit. Oder wenn durch Nachlässigkeit Keime einer gefährlichen Seuche z. B. Scharlach, Typhus verbreitet werden, so spricht man auch nicht von Gemeingefährlichkeit. Ganz anders dagegen ist es bei Geisteskranken.

Was heißt überhaupt Gemeingefährlichkeit? Man kann wohl sagen, Gemeingefährlichkeit ist ein vollkommen subjektiver Begriff, der eigentlich nur auf dem Verwaltungs-Verkehrswege entstanden ist. Nach

Leppmann in Schlockow, Roth-Leppmann: „Der Kreisarzt“ ist als gemeingefährlich der zu betrachten, der die Ruhe, Sicherheit und Ordnung der staatlichen Gemeinschaft, in welcher er lebt, und der einzelnen Glieder dieser Gemeinschaft gefährdet, so dann aber auch derjenige, welcher in unzurechnungsfähigem Zustande seiner eigenen Person Gefahr bringt.

Die Gemeingefährlichkeit tritt bei Geisteskranken und Geistesgesunden auf; der wesentliche Unterschied ist der, daß die Gemeingefährlichkeit bei Geisteskranken viel eher schwinden kann als bei Geistesgesunden. Die Gemeingefährlichkeit der Geisteskranken hängt mit der geistigen Erkrankung zusammen, mindert sich und schwindet mit dem Zurückgehen der geistigen Erkrankung; die Gemeingefährlichkeit der Geistiggesunden ist eine dauernde persönliche Eigenschaft, welche eigentlich nur mit der Person selbst steht und fällt, höchstens eine Abschwächung durch vorgeschrittenes Alter erreicht. Bei dem gemeingefährlich Geistesgesunden wird lediglich die Tat bestraft und dann wird derselbe wieder in die Gesellschaft entlassen, unbeschadet der bestehenden Gemeingefährlichkeit; bei dem gemeingefährlichen Geisteskranken wird die Tat nicht bestraft, aber der gemeingefährliche Kranke wird einer Irrenanstalt überwiesen. Wenn nun der Zeitpunkt eintritt, daß durch Zurückgehen der Krankheit die Gemeingefährlichkeit ebenfalls zurückgeht, daß eine Zeit eintritt, wo dieselbe tatsächlich geschwunden ist, soll dann lediglich auf die Eventualität hin, daß wieder

einmal Gemeingefährlichkeit auftreten könnte, das Individuum dauernd vollständig der freien Bewegung, der Möglichkeit durch eigene Arbeit sich eine Existenz zu gründen beraubt werden? Es steht dann der genesene Geisteskranke viel schlechter als der gemeingefährliche Geistesgesunde. Erst in neuerer Zeit, namentlich nach 1904, wo die Gemeingefährlichkeit öfter der Gegenstand der verschiedensten Diskussionen war, hat man die genesenen gemeingefährlichen Geisteskranken aus der Anstalt entlassen; früher ließ man sie Zeit ihres Lebens in der Anstalt, daher hat Kunowski ganz recht, wenn er sagt, die Staatsanwaltschaft übertreibt die Gemeingefährlichkeit, da sie annimmt, daß diese Gemeingefährlichkeit fortbesteht.

Überhaupt wird die Gemeingefährlichkeit bei Geisteskranken entschieden überschätzt; zum großen Teil kommt es wohl dadurch, daß gerade die Taten, die Geisteskranke in ihrer Umnachtung vollführen, für die Laien von größtem Interesse sind. Mitunter wird sogar, allerdings von nicht sachkundiger Seite dazu geschrieben, das Gericht würde dafür sorgen, daß der Betreffende Zeit seines Lebens in einer Irrenanstalt untergebracht werde. Ja, denken denn diese Leute, daß eine Irrenanstalt eine Strafanstalt sei! Fast könnte man es glauben, denn wie oft wird nicht von Laien angefragt, ob es in Irrenanstalten keine Zwangsjacken, Gummizellen usw. gäbe. Mitunter kann man es sogar von Behörden erleben, daß die um Übersendung einer Zwangsjacke bitten

Eigentlich sollte man es annehmen, daß in der Zeit der heutigen freien Behandlung, der Dauerbäder, ja sogar der Familienbehandlung die Laien soweit aufgeklärt sind, daß sie eine Irrenanstalt nicht für eine Strafanstalt, sondern für ein Krankenhaus halten.

Eine Irrenanstalt ist eben eine Krankenanstalt, in der Geisteskranke behandelt werden, infolgedessen ist auch die Bestimmung einer modernen Irrenanstalt ganz dieselbe wie die irgend eines anderen Krankenhauses. Ausgenommen die Aufnahme eines eventuell Gesunden zum Zwecke der Beobachtung für höchstens 6 Wochen auf Grund des § 656 Z. P. O. und § 81 Str. P. O. ist für die Aufnahme wie Entlassung bei einer Irrenanstalt nur der Umstand bestimmend, ob Krankheit vorliegt oder nicht. Nur ein Geisteskranker darf in die Irrenanstalt aufgenommen werden, und sobald seine Genesung respektive bedeutende Besserung eingetreten ist, hat die Entlassung zu erfolgen. Der Umstand, daß ein Krankgewesener bei einem eventuellen neuen Ausbruch seiner Erkrankung gemeingefährlich werden kann, darf nicht bestimmend für seinen Aufenthalt sein.

Im allgemeinen wird der Arzt eine Person, die keine Krankheitserscheinungen mehr bietet und eine Zeit lang nicht mehr geboten hat, auch nicht mehr der Behandlung bedarf, wie z. B. einen Gichtiger nach dem Überstehen eines Anfalls, einen sekundär Syphilitischen nach erfolgreicher Quecksilberkur aus seiner Behandlung entlassen müssen, obgleich er weiß, daß bei einem eventuellen neuen Ausbruch

der Erkrankung sein Patient durch Ansteckung Schaden anrichten kann. Ein anderes Beispiel mag noch zutreffender sein: Den sogenannten Bazillenträger, der dadurch, daß er massenhafte Erreger einer schweren, oft tötlichen Krankheit mit sich herumträgt, jeden Augenblick selber schwer erkranken kann und für die Mitmenschen, indem er diese Krankheitserreger auf sie überträgt, im höchsten Grad gemeingefährlich ist, kann niemand zwingen, sich in ein Krankenhaus aufnehmen und damit unschädlich machen zu lassen.

Würde man nun trotzdem die Irrenanstalten zwingen, geisteskrank gewesene, aber genesene oder bedeutend gebesserte Personen in der Anstalt zurückzuhalten, so würde der Arzt damit in vielen Fällen genötigt, unter seinen Augen eine neue Erkrankung sich entwickeln zu sehen, gegen deren Entstehung ihm die Hände gebunden sind. Ganz abgesehen davon würde die Unschädlichkeitmachung geisteskrank gewesener Individuen, die gemeingefährlich werden können, wenn sie verallgemeinert werden sollte, zurzeit praktisch undurchführbar sein, da wohl nicht die doppelte Anzahl der bestehenden Anstalten zur Aufnahme und Festnahme aller der Alkoholisten, Epileptiker, Hysterischen, Schwachsinnigen etc. genügen würde, die bereits in geistiger Krankheit eine Straftat begangen haben, wegen dieser Erkrankung in eine Anstalt aufgenommen und als genesen resp. gebessert aus der Anstaltsbehandlung entlassen waren. Es ist überhaupt nicht angängig,

ein geistig krank gewesenes Individuum allein auf die Eventualität hin, daß wieder einmal Gemeingefährlichkeit auftreten könnte, vollständig der freien Bewegung und der Möglichkeit, durch eigene Arbeit sich eine Existenz zu gründen, zu berauben.

Wenn die Tatsache feststeht, daß geistige Störungen heilen können, daß sie einen solchen Grad der Besserung erreichen, daß das Individuum wieder selbständig im Leben stehen kann, dann steht es auch fest, daß bei den gemeingefährlichen Geisteskranken durch eintretende Besserung oder Genesung die Gemeingefährlichkeit verschwinden kann. Als Unterscheidungsmerkmal für bestehende geistige Erkrankung und eingetretene Genesung oder wesentliche Besserung ist von jeher von den irrenärztlichen Sachverständigen gefordert worden ein richtiges Urteil in die verflossene Krankheit, eine richtige Krankheitseinsicht. Genesene oder auch nur wesentlich gebesserte Kranke gehören nicht mehr in den Rahmen der Irrenanstalt, auch nicht, wenn der Gedanke an etwa eintretende Gemeingefährlichkeit vorliegt. Sehr angebracht würde es natürlich sein, daß gemeingefährlich gewesene Geisteskranke, die als genesen entlassen werden, noch eine Zeit lang unter amtsärztlicher Beobachtung stehen, um dadurch einem plötzlichen Ausbrechen der früher bestehenden Geisteskrankheit und damit einer eventuell wieder auftretenden Gemeingefährlichkeit entgegen zu wirken.

Eine passende Einrichtung, die auch zur Nachahmung empfohlen werden könnte, besteht zurzeit

in Mecklenburg-Schwerin. Der Staat besitzt ein großes Gut, Schwarzenhof, unter Verwaltung des Landarmen-Verbandes, auf dem auch entlassene, früher gemeingefährliche Geisteskranke mit ihren Familien zusammen wohnen und arbeiten können. Der zuständige Kreisarzt ist nur verpflichtet, sich monatlich oder auf Anruf nach dem Befinden des früheren Geisteskranken umzusehen, um einen erneuten Ausbruch der Krankheit rechtzeitig merken zu können. Außerdem sind Vorkehrungen getroffen, daß an alle Bewohner von Schwarzenhof kein Alkohol verkauft wird, um dadurch namentlich bei Epileptikern einen neuen Ausbruch der vielleicht sonst wenig auftretenden Krämpfe zu verhüten.

Bei den Geisteskranken sind es namentlich die Epileptiker, die gemeingefährlich werden können; vielfach ist die Epilepsie auch verbunden mit Hysterie. Hysterie und Epilepsie sind eine Krankheit, die nach neueren Forschungen scheinbar in nahem Zusammenhang steht, sie sind nach Kaiser nicht verschieden untereinander. Wir haben zwar noch kein Hülfsmittel, um die pathologisch-anatomischen Veränderungen nachzuweisen, aber man kommt zu der Anschauung, daß diese beide überhaupt nur in verschiedener Form und verschiedener Nachhaltigkeit in Erscheinung treten. Wir wissen nur, daß dauernde Hirnveränderungen entstehen, die in einer funktionell gesteigerten Erregbarkeit des Gehirns, speziell einer solchen des vasomotorischen und des Krampfzentrums bestehen. Charakteristisch für die Epilepsie sind

meistens die Anfälle, die sich vorher meist durch Anzeichen bemerkbar machen; bei Hysterischen dagegen ist die Möglichkeit einer viel schnelleren Entstehung und eines ebensolchen Verschwindens das Charakteristische. Neben den epileptischen Anfällen hat man wohl auch sogenannte epileptoide Anzeichen beobachtet, die ebenfalls auf Epilepsie schließen lassen. Hierher gehören der sogenannte epileptische Schwindel, ein Anfall in ganz gelinder Form, längere Anfälle mit Herzklopfen, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, nächtliches Aufschrecken und Angstanfälle. Nach dem Anfall tritt meistens ein kurz oder länger dauernder Dämmerzustand auf, in dem vorzugsweise die Verbrechen verübt werden. Ja, sogar an Stelle epileptischer Anfälle können wohl Dämmerzustände treten [Stademann].

Die epileptischen Bewußtseinsstörungen sind in forensischer Beziehung von großer Bedeutung.

Das Bewußtsein der Epileptiker kann sich nach längeren oder kürzeren Pausen, minutenlang oder auf Monate hinaus, in größerem oder kleinerem Maßstabe verändert, getrübt erweisen, sich traumartig verdunkeln, ja sogar gänzlich aufgehoben sich zeigen; als notwendige Folge — die Dauer des Anfalls in Betracht gezogen — tritt Lückenhaftigkeit des Gedächtnisses (nach Moeli „inselförmige Erinnerung") oder totale Amnesie auf.

Die an epileptischer Bewußtseinsstörung Leidenden können die verschiedenartigsten Verbrechen begehen, besonders solche, die mit dem im normalen Zustande

gezeigten Betragen und Charakter im Widerspruch stehen, jedoch stets das Zeichen der Impulsivität tragen, seien sie unschuldiger Natur oder gewalttätiger, mit dem Strafgesetzbuch kollidierender Art.

Neben dem den Epileptiker charakterisierenden Egoismus und ethischen Defekten kann im Zustande epileptischer Traumhaftigkeit, als eine Folge des veränderten Bewußtseins, eine Übertragung solcher Gedächtnisbilder in den normalen Zustand stattfinden und dadurch die Wahnidee eines begangenen Verbrechens und die Selbstanklage entstehen.

Die im Zustande des epileptischen Dämmerungszustandes erhobene falsche Anklage und besonders die Selbstbeschuldigung kann unter bestimmten Umständen, während eines neuerlichen Anfalls und in der demselben folgenden Periode unter Ausfall auf das frühere Delirium bezüglichen falschen Gedächtnisbilder, geändert werden.

An Stelle der bei einem neuerlichen Anfalle dem Gedächtnisse entfallenen früheren pathologischen Selbstbeschuldigung kann eine vollkommen neue und der vorherigen ähnliche Selbstanklage, eine Art Bewußtsein der Sünde, auftreten.

Die pathologische Eigentümlichkeit der grundlosen Selbstanklage von Epileptikern kann an der Ordnungswidrigkeit des Gedächtnisses und dessen Lückenhaftigkeit erkannt werden.

Die verbrecherischen Handlungen der an epileptischen Dämmerungszuständen Leidenden sind stets in ihrer Gesamtheit, in ihrer ganzen Ausdehnung

zu untersuchen, wenn auch einzelne Handlungen derselben den Stempel der Verständnismäßigkeit und des Zielbewußtseins tragen, denn nur auf diesem Wege lassen sich deren pathologische Symptome erkennen.

Die an traumhaften epileptischen Zuständen, an Bewußtseinsstörungen leidenden Individuen sind den Geisteskranken vollwertig anzureihen und müssen vom Gesichtspunkte des § 51 des Deutschen Strafgesetzbuches betrachtet werden, der folgendermaßen lautet: Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafte Störung der Geistestätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Der Epileptiker kann im übrigen ein geistig sehr hochstehender Mann sein (Julius Caesar, Mohamed, Napoleon I.). Ist ein Epileptiker zugleich Alkoholiker, so nimmt die Zahl der Anfälle zu und gerade der Alkohol spielt im Leben der Epileptiker eine große Rolle. Wie verderblich gerade der Alkohol bei einem sonst ruhigen, soliden Epileptiker werden kann, hatte ich Gelegenheit, während meines früheren Anstaltsaufenthaltes wahrzunehmen.

Ein Ziegeleiarbeiter M. war schon vielfach mit dem Strafgesetzbuch wegen kleinerer und größerer Vergehen in Konflikt geraten und stets war es der Alkohol gewesen, der einen epileptischen, zuweilen einen hystero-epileptischen Anfall aus-

löste. Von einem trunksüchtigen Großvater abstammend, zeigt er schon in der Jugendzeit krampfartige Anfälle, in denen er zu Boden stürzt, um sich schlägt, und denen eine gedrückte mißmutige Stimmung folgt. Außerdem will M. weit über die Knabenzeit hinaus an nächtlichem Bettnässen gelitten haben. Mit 24 Jahren kam er zum Militär, und hier fing er an gelegentlich Schnaps zu trinken. Die Folgen blieben auch nicht aus. Nach reichlichem Alkoholgenuß schlug er Rekruten und nahm ihnen öffentlich im Saal Geld fort. Hiervon wußte er am nächsten Morgen nichts. Damals, im Jahre 1898 wurde er wegen vollendeten und versuchten Raubes in Verbindung mit qualifizierter Körperverletzung zu einem Jahr Gefängnis und 2 Jahren Ehrverlust bestraft. Unmittelbar an die Verbringung dieser erheblichen Strafe wird er ausgesprochen geisteskrank und muß dem Lazarett überwiesen werden. Nach den Symptomen von Geistesstörung, welche er damals dargeboten hat, nämlich ausgesprochen geistige Hemmung, verbunden mit Unsinnigkeit der Antworten der Art, daß er den Eindruck eines hochgradig Schwachsinnigen machte, der plötzliche Eintritt der Erkrankung nach heftiger Gemütsbewegung, ist mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß es sich um einen Dämmerungszustand hysterischer Natur gehandelt hat: infolgedessen wurde er wegen überstandener und zum Teil noch bestehender Geisteskrankheit als nicht strafvollzugsfähig erklärt und als dienstunbrauchbar entlassen. Zu Hause macht er

sich durch wunderbare Reden so auffällig, daß er den Angehörigen als nicht ganz vernünftig vorkommt. Nachdem er hierauf ein Jahr in L. als Kutscher, wo er bei einem Anfall sich 2 Finger der linken Hand in der Häckselmaschine verletzte, zwei Jahre in K., Prov. Brandenburg, in Dienst gestanden hatte, wurde er am 25. Juni 1901 vom Schöffengericht Z. wegen gemeinschaftlicher Körperverletzung zu einem Monat Gefängnis verurteilt. Diese Strafe wurde nicht vollstreckt, weil M. inzwischen am 17. August 1901 im Kreise Templin einen Menschen tötete und anscheinend beraubte. Auf Grund von § 81 Str. P. O. wurde M. vom 31. November 1901 bis 11. Januar 1902 in der zutreffenden Irrenanstalt beobachtet. Während dieser Beobachtungszeit zeigte er im allgemeinen ein sehr ruhiges Verhalten; er war sehr zurückhaltend, wortkarg, beschränkte sich bei Anrede meist darauf zu sagen, es gehe gut, erst auf eindringliche Fragen hin ließ er sich veranlassen, genaue Auskunft zu geben. Er klagte dann häufig über Kopfweh, das in der rechten vorderen Schläfengegend lokalisiert wurde. Seine Stimmung war stets eine bald mehr, bald weniger gedrückte, dabei etwas mürrisch; stets wurde er weinerlich, wenn bei irgend einer Gelegenheit die Rede auf die Frau und Kinder oder auf seine Straftat kam. Er äußerte bei dieser Gelegenheit auch zum Wartepersonal, er hätte einen Mord begangen, wisse nicht, wie er dazu gekommen sei, er werde nun wohl Frau und Kinder nicht mehr wiedersehen. Soviel angängig war, suchte er sich

durch Beschäftigung bei der Hausarbeit nützlich zu machen; wiederholt kam er mit der Bitte, ihm schwere Arbeit zu geben, er könne es sonst nicht aushalten. Je nach seiner Stimmung verkehrte er mit den Mitkranken, bald unterhielt er sich mit ihnen, bald zog er sich mehr zurück; irgend welche Zeichen von Gereiztheit oder Unerträglichkeit waren dabei nicht zu bemerken. Öfter erreichte seine Gedrücktheit einen besonders hohen Grad, er saß dann in sich versunken herum und klagte über stärkeren Kopfschmerz und schlechten Schlaf. In keiner Weise drängte er sich durch sein Benehmen sowie durch spontane Äußerungen auf, es war ihm vielmehr sichtlich unangenehm, wenn man sich eingehender mit seiner Person beschäftigte, so daß es oft einigen Zuredens bedurfte, um ihn zum Aufgeben seines zurückhaltenden Wesens zu bewegen. Seine Briefe an die Angehörigen waren in Bezug auf Orthographie und Stil seinem Bildungsgrad entsprechend; sie bekundeten eine große Anhänglichkeit an seine Frau und seine Kinder, sprachen von lebhafter Sorge um deren weiteres Fortkommen und drückten seinen Kummer aus, den er nicht lange werde aushalten können. Bezeichnend für ihn ist, daß in dem Schreiben religiöse Vorstellungen eine unverhältnismäßig große Rolle spielen; der liebe Gott prüfe jeden Menschen, schicke ihm auch sein Kreuz zum Tragen, verlasse niemanden, werde ihm auch beistehen und helfen, derartige Äußerungen finden sich in jedem Brief.

Im Gegensatz zu seinem sonstigen Verhalten wurden nun bei ihm am 12. und am 22. Dezember 1901 kurze, aber heftige Erregungszustände beobachtet. Während sein Schlaf meist gut, nur hin und wieder und zwar, wie er angab, infolge von Kopfweh und von quälenden Gedanken an Frau und Kinder unruhig war, bekam er am 15. Dezember, abends gegen 10 Uhr, plötzlich heftiges Zittern am ganzen Körper, begann sich herumzuwälzen, krümmte sich zusammen, biß in das Bettlaken, zerriß es, drohte aus dem Bett zu fallen, so daß er von Wärtern gehalten wurde. Dabei versuchte er auf seine Umgebung einzuschlagen, fragte in gereiztem Tone: „Was wollt Ihr? Laßt mich“ und zeigte einen starren Gesichtsausdruck. Der beobachtende Arzt fand ihn unmittelbar nachher quer im Bett liegend; angerufen hob er den Kopf und sah den Arzt starr an. Er zeigt einen stieren, finster drohenden Gesichtsausdruck, auf Fragen gab er zuerst kurze Antwort, erst auf die Frage des Arztes, ob er ihn kenne, entgegnete er gereizt: „Freilich, was geht das mich an, wer Ihr seid?“ (Warum sind Sie so aufgeregt?) „Wenn sie mich mit Messern stechen.“ (Wer?) „Alle.“ (Wo hat man Sie gestochen?) „Am ganzen Körper.“ (Haben Sie jemanden erkannt?) „Da war der Teufel mang.“ (Was er den Tag über getan hätte.) „Den ganzen Tag über habe ich gearbeitet, auf der Ziegelei gekarrt.“ Die Antworten wurden stoßweise, nach längeren Pausen in gereiztem Tone vorgebracht. Die Pupille zeigte eine prompte Reaktion, gegen

Nadelstiche war M., auch wenn sie von hinten her in die Rückenhaut erfolgten, ganz unempfindlich, nur beim Drücken auf die schmerzhafte Stelle am rechten Vorderkopf machte er heftige Abwehrbewegungen; kein Zungenbiß. Im weiteren Verlauf der Nacht hielt er sich ruhig, er soll aber nach Angabe der Wache mit offenen Augen dagelegen haben. Am nächsten Tage war er noch gedrückter wie sonst und klagte über starkes Kopfweh, von seiner Erregung wollte er durchaus nichts wissen, er behauptete, die ganze Nacht geschlafen zu haben.

Einen ähnlichen Verlauf nahm der Erregungszustand am Abend des 22. Dezember. Er hatte sich gegen $^3/_4$9 Uhr ins Bett gelegt, um $^1/_2$11 fiel doch seine starre Körperhaltung auf, er stieß darauf schluchzende Laute aus, wälzte sich herum, schlug um sich, biß ins Keilkissen, dann in seine Arme und hatte Schaum im Munde. Sofort herbeigerufen fand der Arzt ihn auf dem Fußboden liegend vor. Die Pupillen reagierten, die Glieder waren schlaff, der Kopf hinten übergebeugt. Das linke Auge auffällig stark nach innen gedrückt, Gesichtsausdruck finster, verstört, Gesichtsfarbe sehr blau, auf der Stirn klebriger Schweiß, Puls 120 Schläge in der Minute, regelmäßig, etwas gespannt. Bei Aufforderung versuchte M. sich etwas aufzurichten, er ging mit Unterstützung ins Untersuchungszimmer, dort setzte er sich, stierte vor sich hin; Antwort gab er zuerst nicht, auf die Frage, wo er gewesen wäre, entgegnete er: „Meine Mutter ist heute begraben, wir waren

zum Begräbnis.“ (Wo?) „In Schwerin.“ Als die Uhr draußen schlug und er gefragt wird, wie spät es sei, äußert er: „Wir waren ja draußen.“ Weiter sagte er nichts, ließ sich willig ins Bett führen, saß dort bis gegen 12 Uhr mit offenen Augen da, schlief darauf ein. Tags darauf klagte er wiederum über starken Kopfschmerz, er wollte von den Vorgängen absolut nichts wissen, erzählte nach eingehendem Befragen, es hätte ihm geträumt, seine Mutter wäre gestorben und er sei zu der Beerdigung gewesen, darnach sei er erwacht, hätte im Bett gelegen und sehr starken Kopfschmerz gehabt, hätte darauf die Uhr eins schlagen hören, darnach sei er eingeschlafen.

Diese Anfälle sind insofern von Wichtigkeit, als es die einzigen Anfälle sind, die jemals von M. in den Irrenanstalten, in denen er sich aufhielt, beobachtet wurden. Von früheren Anfällen weiß man nur aus seiner Erzählung, daß er während derselben mitunter Kerle gesehen habe, die ihn beschimpften und bedrohten, einmal will er sogar einen schwarzen Hund gesehen haben.

Die körperliche Untersuchung ergab folgenden Befund:

M. ist groß gewachsen, kräftig gebaut und ziemlich gut genährt, von blasser Gesichtsfarbe. Sein Kopf hat 57 cm Umfang, zeigt eine schmale niedrige Stirn. Auf dem rechten Scheitelbein, etwas nach vorn und oben vom Scheitelhöcker findet sich eine 5Markstück große, auf Druck sehr empfindliche Stelle, ziemlich stark vorspringende obere Augenhöhlenränder, die

dem Gesicht einen etwas finsteren Ausdruck geben. Die rechte Nasenwangenfalte ist etwas weniger ausgeprägt wie die linke. Das linke Auge steht etwas nach innen; es werden gleichnamige Doppelbilder gesehen, von 20 cm in der Mittellinie ab, ca. 8 cm von einander abstehend, auf 12 cm auseinander weichend bei einer Entfernung bis 3 m, nach den Seiten zu gehen sie bis auf 30 cm auseinander. Das linke Bild steht etwas tiefer und mit dem oberen Ende gegen das rechte geneigt. Gesichtsfeld, auch für Farben, durchaus von normalen Grenzen. Schärfe auf beiden Augen 14/15. Beim Blick nach den Seiten ist ein bald mehr, bald weniger hochgradiges Zittern der Augäpfel zu bemerken. Die Pupillen sind gleich, mittelweit und verengern sich prompt bei Lichteinfall und bei Nahblick. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, zittert leicht. Bißnarben sind in ihr nicht zu entdecken. Die Gaumenbögen werden beim Anlauten gleichmäßig gehoben. Der Rachenreflex ist sehr schwach, erst bei energischer Reizung der Rachenwand werden schwache Würgbewegungen ausgelöst. Die Untersuchung der Brust und Unterleibsorgane läßt einen krankhaften Befund nicht zu Tage treten. Der Puls zählt 108 Schläge in der Minute, ist etwas gespannt, nicht ganz regelmäßig. An den Endgliedern des 3. und 4. Fingers der linken Hand findet sich je eine querlaufende ziemlich tiefe Narbe an der Innenfläche bis nach den Seiten zu. Die Reflextätigkeit weist durchaus normale Verhältnisse auf, insbesondere zeigen die Kniescheibenband-

reflexe durchaus nichts Abweichendes. Der Kniehackenversuch wird prompt ausgeführt. Lagegefühl der Extremitäten ohne Störung. Kein Schwanken bei Fußaugenschluß. Gang sicher, auch bei geschlossenen Augen. Höchst bemerkenswert war das Verhalten der Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit, wie es durch wiederholte Untersuchungen und mit Anwendung aller Vorsichtsmaßregeln ausgeführt wurde. Es zeigte sich dabei konstant eine Unempfindlichkeit für Pinselberührungen am rechten Unterarm, an der Ellbogen- und Speichenseite von der Ellenbeuge bis zur Hand, dagegen wurden Berührungen in der Mitte der Innenseite des Unterarmes bis zur Handfläche sowie an der Hand selbst gut empfunden und lokalisiert, weiter bestand eine derartige Aufhebung der Berührungsempfindlichkeit am rechten Ober- und Unterschenkel, am Fuß mit Ausnahme der Fußsohle und der Zehen, in der rechten Bauchgegend bis zum Rippenbogen, von der Mittellinie bis nach hinten handbreit von der Wirbelsäule. Die Grenzlinie dieser Bezirke war eine ganz unregelmäßige. Im Bereich dieser Stellen wurden Nadelstiche als solche zwar empfunden, sie erregten aber, selbst wenn man tief und heftig einstach oder ganze Hautfalten durchbohrte, kein Schmerzgefühl. Kalt und warm wurde überall gut unterschieden mit Ausnahme einer etwa handgroßen Zone an der Außenseite des rechten Oberschenkels, wo kalt stets als warm bezeichnet wurde.

Die Beobachtung in der Irrenanstalt E. ergab,

nach einem Gutachten vom 16. Januar 1902, daß M. an Dämmerzuständen auf hystero-epileptischer Grundlage leide und daß er sich zur Zeit der Begehung der Straftat mit großer Wahrscheinlichkeit unter dem Einfluß eines starken Affektes und von Alkohol in einem solchen Dämmerzustand befunden habe. Bestätigt wurde dieses Erachten durch ein Obergutachten des Medizinalkollegiums vom 14. Februar 1902.

Am 4. März 1902 wurde M. aus der gerichtlichen Haft entlassen, dann aber am 10. März 1902 wegen „Gemeingefährlichkeit" in die Irrenanstalt E. aufgenommen. Durch Beschluß des Amtsgerichts zu Z. vom 25. Juni 1902 wurde er dann wegen Geisteskrankheit entmündigt. Am 7. August 1903 erfolgt, da er als der Anstaltspflege nicht mehr bedürftig angesehen wird, seine Entlassung aus der Anstalt zu seinen Eltern nach H. in M. Obgleich M. seitdem als fleißiger und nüchterner Arbeiter in der Zementfabrik W. tätig war, traten wiederum, angeregt durch den Regierungspräsidenten von P., im Mai 1904 Bedenken gegen den Verbleib des M. in Freiheit auf, und es wurde daraufhin ein Gutachten des Kreisphysikus Dr. W. in Schw. eingeholt, — 6. April 1904 — das den M. trotz seines jetzt völlig harmlosen Gebahrens und trotz seiner guten Führung während des letzten Jahres nach wie vor für „gemeingefährlich" erklärt. Auf dieses Erachten hin wird M. am 16. Oktober 1904 in die Irrenanstalt S. eingeliefert, aus der er aber am 9. November 1904 infolge Sorgen um seine Familie sich entfernte. Am

14. November 1904 aus eigenem Antrieb zurückgekehrt, entwich er am 1. Dezember 1904 nach Hamburg und begab sich von dort wieder nach Hause, wo er sich nach Angabe der Ortsbehörde zunächst wieder als fleißiger brauchbarer Arbeiter erwies. Nun folgen von zwei Irrenanstalten, vom zuständigen Kreisarzt, der sich übrigens wieder für die Gemeingefährlichkeit des M. ausspricht, außerdem von der Medizinalkommission Gutachten, auf Grund deren er in Freiheit gelassen wird. Es wird aber, wie die Medizinalkommission vorgeschlagen hatte, sowohl die Ortsbehörde wie die Familie des M. darauf aufmerksam gemacht, von welch ungünstiger Wirkung ein erneuter Genuß von Alkohol für M. sein kann, und das zuständige Kreisphysikat wird beauftragt, sich von Zeit zu Zeit über den geistigen Gesundheitszustand des M. zu informieren.

Da begeht M. am 3. Februar 1907 eine erneute schwere Straftat, indem er auf offener Landstraße ein Mädchen überfällt, an ihr einen Notzuchtversuch und schweren Diebstahl verübt. Von neuem besteht die Vermutung von Geisteskrankheit zur Zeit der Begehung der Straftat und am 20. März 1907 wird diese Vermutung bestätigt durch das Gutachten des Oberarztes Dr. R. Der Gutachter, der den M. aus der Anstalt S. kennt, stellt fest, daß bei ihm ein krankhaftes psychisches, gegen den auf dem S. beobachteten Geisteszustand verändertes Verhalten vorliegt, daß auch körperliche Störungen vorhanden sind, wie sie für hysterische Geistesstörungen

bezeichnend sind und in der Anstalt E. in geringerer Ausdehnung beobachtet wurden. Des weiteren weist er nach, daß auch diese Straftaten wie die ganze bestehende Geistesstörung wieder unter dem Einflusse des Genusses von Spirituosen zustande gekommen sind. Ferner erklärte Dr. R. in seinem Gutachten, daß M. in seinem jetzigen Zustande als gemeingefährlich anzusehen sei und daß diese Gemeingefährlichkeit bestehen bleibe, solange er Alkohol genieße und unter der Wirkung des Alkohols stehe.

Auf Verfügung des Ministeriums des Innern wird M. am 14. Juni 1907 in die Anstalt S. aufgenommen. Am 18. Juli 1907 wird M. in einer kurzen Bescheinigung der Direktion der Anstalt S. an die Armenverwaltung in W. als gemeingefährlich geisteskrank und bedürftig der Anstaltsbehandlung bezeichnet. Vom S. wurde M. nach G. überführt und hier am 6. August 1907 aufgenommen, da man wegen der Nähe der Familie des M. einen neuen Ausbruchsversuch in S. befürchtete.

Bei der Aufnahme in die Anstalt S. bot M. von abweichenden körperlichen Symptomen nur eine zum Teil herabgesetzte Berührungsempfindung auf der linken Brusthaut und dem linken Fußrücken. Ebenso wird die Art der Berührung (Nadelkopf- oder -spitze) auf dem linken Fußrücken ungenau angegeben. In der Anstalt G. konnten krankhafte Gefühlsabweichungen nicht mehr festgestellt werden. Das Zäpfchen zeigt eine leichte Abweichung nach links, die herausgestreckte Zunge zittert ein wenig,

die Augen schwanken in ganz geringem Grade bei stärkerer Seitwärtsbewegung. Das linke Oberlid hängt etwas mehr herab als das rechte.

M. zeigt sich sowohl in S. wie in G. vollkommen örtlich und zeitlich orientiert, er macht über sein Vorleben im großen Ganzen richtige Angaben, zeigt keinen stärkeren Affekt, verhält sich ruhig und geordnet, fügt sich willig den Anordnungen der Ärzte. Zeitweise zeigt sich eine geringe traurige Verstimmung, die er selbst mit der Sorge um Frau und Kind erklärt. Häufig erkundigt er sich nach dem Verlauf seiner Angelegenheit und spricht den sehnlichsten Wunsch aus, entlassen zu werden, um für die Seinigen sorgen zu können. Er behauptet nicht krank zu sein und beteuert, nunmehr für immer vom Alkohol, den er als seinen größten Feind erkannt habe, ablassen zu wollen. Für den Grund seiner erneuten Aufnahme in die Irrenanstalt hält er einen Diebstahl, den er vor seiner Aufnahme ausgeführt haben will. Irgendwelche Klagen äußert er nicht.

Auf Grund seines Verhaltens berichtet die Direktion der Anstalt G. unter dem 31. August 1907 an die Armenanstalt in W. erachtlich, daß die Gemeingefährlichkeit des M. nicht größer als bei einem geistesgesunden Gewohnheitsverbrecher anzusehen sei und daß er der Anstaltsbehandlung nicht bedürfe. Auf Grund dieses Gutachtens und eines Erachtens an das Kuratorium der Landesirrenanstalten

wurde M. im März 1908 aus der Anstalt G. entlassen und kehrte zu seiner Familie zurück, die inzwischen nach Schwarzenhof übergesiedelt war. Hier hat er sich bis jetzt ruhig und geordnet benommen und hat zu keinen Klagen Anlaß gegeben.

Es fragt sich nun, wie wird ein neuer Anfall seiner Erkrankung und damit vielleicht eine neue Straftat vermieden werden. Durch verschiedene Gutachten ist nachgewiesen, daß die beiden letzten schweren Verbrechen des M. in einer durch die Einwirkung des Alkohols entstandenen geistigen Störung begangen wurden. Man weiß ferner, daß M., solange er sich in der Freiheit vom Trinken fernhält, geistig gesund und ein brauchbarer Arbeiter war. Die dreimalige Beobachtung in Irrenanstalten hat gezeigt, daß M., sobald er der Wirkung des Alkohols eine Zeit lang entzogen war, keine Zeichen geistiger Erkrankung mehr bot. Hiernach kann man mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit die Behauptung aufstellen: Solange M. keinen Alkohol genießt, wird er auch nicht wieder geistig erkranken. Da nun auf dem Gute Schwarzenhof keine Gelegenheit zum Alkoholgenuß vorhanden ist und M. im Kreise seiner Familie leben und bei einer ihn befriedigenden Arbeit beschäftigt werden wird, daß er ferner unter dauernder, nicht zu strenger Aufsicht stehen und dort zeitweise von einem Arzte gesehen wird, so kann man wohl sagen, daß ein erneutes Auftreten seiner geistigen Erkrankung un-

wahrscheinlich ist. Es ist also durch zweckentsprechende Pflege und Behandlung ein früher gemeingefährlicher Geisteskranker in einen sozial brauchbaren Menschen verwandelt worden und so ist es ein glänzendes Beispiel dafür, daß Gemeingefährlichkeit bei Geisteskranken gänzlich verschwinden kann.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer und früheren Chef, Herrn Geh. Med.-Rat Professor Dr. Schuchardt, für die Überlassung des Materials und für die Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literaturangabe.

1. Krankengeschichten und Gutachten der Irrenanstalten Eberswalde, Sachsenberg und Gehlsheim.

2. Die Beaufsichtigung der Geisteskranken außerhalb der Anstalten. Jurist. psychiat. Grenzfragen. Zwanglose Abhandlungen. Bd. IV. Heft 1.

3. Die Regelung der Fürsorge für gemeingefährliche Geisteskranke. Psych. neurolog. Wochenschrift 1904.

4. Die epileptischen Bewußtsseinstörungen in forensischer Beziehung. Psych. neurolog. Wochenschrift 1908, Heft 10, 11, 12.

5. Böckel: Alkoholismus und Recht.

6. Cramer: Über Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkt aus. Jurist. psychiat. Grenzfragen Bd. III. Heft 4.

7. Dannemann: Gemeingefährlichkeit bei Geisteskranken. Deutsche Med. Wochenschrift 1904.

8. Dannemann: Die Gemeingefährlichkeit der Geisteskranken und ihre Bekämpfung. Deutsche Med. Wochenschrift 1905.

9. Hasse: Über die Entlassung der Geisteskranken aus der Anstalt. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. 34.

10. Heilbronner: Die strafrechtliche Begutachtung der Trinker. Zwangslose Abhandlungen. V, 6—8.

11. Hoche: Gerichtliche Psychiatrie.

12. Hoppe: Alkohol und Criminalität. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Bd. 40—46.

13. O. Kaiser: Die Stellung der Hysterie zur Epilepsie.

14. v. Kunowski-Leubus: Die Entlassung geisteskranker Rechtsbrecher aus Irrenanstalten. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 64.

15. v. Liszt: Schutz der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke und vermindert Zurechnungsfähige. Monatsschrift für Criminalpsychologie und Strafrechtsreform 1904. Heft I.

16. Moeli: Die in Preußen gültigen Bestimmungen über die Entlassung aus den Anstalten für Geisteskranke. Zwangslose Abhandlungen VII, Heft 2.

17. Moeli: Über die vorübergehenden Zustände abnormen Bewußtseins infolge von Alkoholvergiftung und deren forensische Bedeutung. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 57.

18. Mörchen: Über Dämmerzustände.

19. Edmund Neméth: Die forensische, psychiatrische Bedeutung der epileptischen Bewußtseinsstörungen. Orvosok Lapja. Psychiatrie und Neurologie Nr. 37, Beilage.

20. Schlockow-Roth-Leppmann: Der Kreisarzt.

21. Siemerling: Über die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker. Berl. Klinische Wochenschrift 1895.

22. F. Spaet: Über Gemeingefährlichkeit bei Geisteskranken. Zeitschrift für Medizinalbeamte 1906, Nr. 21.

23. Stadelmann: Epilepsie.

24. Steffens: Über Hystero-Epilepsie. Archiv für Psychiatrie Bd. 33.

25. Unger: Irrengesetzgebung in Preußen.

26. S. W. Weber: Die Beaufsichtigung der Geisteskranken außerhalb der Anstalten. Jurist. psychiatr. Grenzfragen IV, 1.

27. Wollenberg: Die Grenzen der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit bei psychischen Krankheitszuständen. Neurolog. Centralblatt 1899.

28. Wulffen: Psychologie des Verbrechers.

Lebenslauf.

Ich, Karl Christoph Joachim Eichstedt, Sohn des verstorbenen Rentiers Albert Eichstedt aus Stralsund, wurde am 7. April 1882 zu Hohendorf, Kreis Franzburg, geboren und besuchte das Realgymnasium zu Stralsund bis zum Frühjahr 1902, wo ich dasselbe mit dem Reifezeugnis verließ, um Medizin zu studieren. Ich studierte in Rostock, Berlin und München, bestand nach 6 Semestern 1905 mein Physikum und im 12. Semester am 10. Februar 1908 mein Staatsexamen in Rostock. Vom 25. Februar 1908 an war ich bis zum 7. Oktober in Gehlsheim bei Rostock in der psychiatrischen Klinik als Praktikant tätig, dann vom 10. Oktober 1908 an bis zum Ende der Praktikantenzeit im städtischen Clemenshospital in Münster in Westfalen.